State of California
Business, Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Korean
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

신고 양식

귀하의 의료보험 회사에 불만이나 불평을 이미 제출했으며 다음 중 하나에 해당하는 경우 이 양식을 작성하고 서명하십시오.

- 의료보험 회사의 결정 내용에 만족하지 못하는 경우, *또는*
- 30일 안에 의료보험 회사의 결정 내용을 통보받지 못한 경우.

귀하의 불만에 관련하여 귀하를 보조할 수 있는 권한을 다른 사람에게 부여하려면

Authorized Assistant Form도 작성해야 합니다.

귀하의 불만이 심각한 건강 상 위험에 대한 것인 경우에는, 즉시 HMO Help Center에 전화하십시오. 다음 전화번호에 대한 통화는 무료입니다. **1-888-HMO-2219** / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

환자 정보

이름 _____ 중간 이름 _____ 성 _____

미성년자를 위해 양식을 제출하는 경우 부모 또는 보호자의 이름 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

주간 전화번호 _____ 야간 전화번호 _____

의료보험 이름 _____

환자의 가입자 번호* _____ 환자의 생년월일(년/월/일) _____

의료 그룹 이름* _____ 의료 그룹 번호* _____

**보험 카드에 나와 있음*

1 Medi-Cal을 가지고 있습니까? ☐예 ☐아니오

2 Medicare나 Medicare Advantage를 가지고 있습니까? ☐예 ☐아니오

3 귀하의 의료보험 회사에 불만이나 불평을 이미 제출했습니까? ☐예 ☐아니오

4 의료보험 회사가 귀하의 보험을 취소했습니까? ☐예 ☐아니오

5 귀하의 불만에 대해 설명하십시오. (필요하면 별지를 사용하십시오)

예를 들어, 귀하의 의료보험 회사 또는 의료 서비스 제공자로부터 어떤 서비스를 원하셨습니까?
귀하의 의료보험 회사 또는 의료 서비스 제공자로부터 받은 서비스에서 무엇이 잘못되었습니까?
귀하의 의료보험 회사 또는 의료 서비스 제공자와 어떤 청구 문제가 있습니까?

_____

_____

_____

6 이 불만에 관련된 귀하의 건강 문제 또는 진단은 무엇입니까?

_____

_____

7 이 건강 문제에 대해 어떤 치료를 받으셨습니까?

_____

_____

8 귀하의 건강 문제를 치료한 의료 서비스 제공자의 이름을 알고 있으면 여기에 나열하십시오.

_____

_____

9 이 문제에 대한 불만을 HMO Help Center 또는 다른 정부 기관에 제출한 적이 있습니까?

☐HMO Help Center에 제출? 불만 파일 번호(알고 있는 경우) _____

☐다른 정부 기관에 제출? 불만 파일 번호(알고 있는 경우) _____

정부 기관을 나열하십시오. _____

10 거부, 귀하가 의료보험 회사에 제출한 불평 및 불평에 대한 대답, 청구서, 혜택 설명서 등 귀하의 불만에 관련된 문서의 **사본을** 첨부하십시오.

원본은 반환되지 않습니다.

11 나는 의료보험 회사와의 사이에 발생한 문제에 대한 의사 결정을 내리는 데 있어 DMHC(Department of Managed Health Care)의 도움을 요청합니다. 나는 이 불만 양식의 사본이 내 의료보험 회사에 전달될 것임을 이해합니다. 나는 과거와 현재의 의료 서비스 제공자 및 의료보험 회사가 내 건강 기록을 DMHC에 공개할 수 있도록 허용합니다. 이러한 기록에는 의료, 정신 건강, 약물 남용, HIV, 진단 이미징 보고서 및 기타 내 사례에 관련된 기록이 포함될 수 있습니다. 이러한 기록에는 비의료 기록 및 기타 내 사례에 관련된 정보도 포함될 수 있습니다. 나는 DMHC가 이러한 기록과 정보를 검토할 수 있도록 허용합니다. 이 허가는 법률에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 아래 날짜로부터 1년 후에 종료됩니다. 예를 들어, DMHC는 법률에 따라 내 정보를 계속해서 내부적으로 사용할 수 있습니다. 원할 경우 나는 이 허가를 미리 종료할 수 있습니다. 이 양식에 제공되는 모든 정보는 사실입니다.

Authorized Assistant Form이 첨부되었습니까? ☐예 ☐아니오

환자 또는 부모의 서명 _____ 날짜 _____

작성하신 양식을 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내십시오: **HMO Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; 팩스: 916-255-5241**

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Korean
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

인증 지원 양식

- 귀하의 IMR(Independent Medical Review)이나 불만에 관련하여 귀하를 보조할 수 있는 권한을 다른 사람에게 부여하려면, 아래 A와 B 부분을 작성하십시오.
- 18세 미만의 어린이를 위해 이 IMR이나 불만을 제출하는 부모 또는 법적 보호자의 경우에는 이 양식을 작성하지 않아도 됩니다.
- 능력이나 자격이 없어서 이 양식을 작성하지 못하는 환자를 위해 이 IMR이나 불만을 제출하며, 귀하에게 이 환자를 대신할 수 있는 법적 권한이 있는 경우에는, B 부분만 작성하십시오. 또한 의료 서비스 관련 의사 결정에 대한 대리 위임장 사본이나 귀하가 환자를 대신하여 의사 결정을 내릴 수 있다고 기록되어 있는 다른 문서를 첨부하십시오.

A: 환자

나는 아래 B 부분에 지정된 사람이 DMHC(Department of Managed Health Care)에 IMR이나 불만을 제출하는 데 있어 나를 보조할 수 있도록 허용합니다. 나는 DMHC 및 IMR 직원이 내 건강 상태와 관리에 대한 정보를 아래 지정된 사람과 공유할 수 있도록 허용합니다. 이러한 정보에는 정신 건강 치료, HIV 치료 또는 검사, 알코올 또는 약물 치료 및 기타 의료 서비스 정보가 포함될 수 있습니다.

나는 내 IMR이나 불만에 관련된 정보만이 공유될 수 있다는 것을 이해합니다.

나는 이러한 보조를 자발적으로 승인하는 것이며 승인을 취소할 권리를 보유합니다. 승인을 취소할 경우에는, 서면으로 취소할 것입니다.

환자 서명 _____ 날짜 _____

B: 환자를 보조하는 사람

환자를 보조하는 사람의 이름(활자체) _____

환자를 보조하는 사람의 서명 _____

주소 _____

환자와의 관계 _____

주간 전화번호 _____

야간 전화번호 _____

☐ 의료 서비스 관련 의사 결정에 대한 대리 위임장 또는 다른 법률 문서가 첨부되어 있습니다.

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

이 통지는 법률에 의해 요구됩니다*

캘리포니아의 Knox-Keene Act는 DMHC(Department of Managed Health Care)에게 의료보험 회사를 규제하고 의료보험 가입자의 불만을 조사할 수 있는 권한을 부여합니다.

- DMHC의 HMO Help Center는 귀하의 개인 정보를 사용하여 의료보험 회사와의 사이에 발생한 문제를 조사하며 귀하에게 자격이 있을 경우 IMR(Independent Medical Review)을 제공합니다.
- 귀하는 이 정보를 HMO Help Center에 자발적으로 제공합니다. 귀하가 이 정보를 반드시 제공해야 하는 것은 아닙니다.
- 그렇지만, 귀하가 정보를 제공하지 않으면,HMO Help Center가 귀하의 불만을 조사하지 못하거나 IMR을 제공하지 못할 수 있습니다.
- HMO Help Center는 필요에 따라, 귀하의 개인 정보를 의료보험 회사 및 IMR을 실행하는 의사와 공유할 수 있습니다.
- 또한 필요에 따라 또는 법률에 의해 허용되는 경우, 귀하의 정보를 다른 정부 기관과 공유할 수도 있습니다.
- 귀하는 자신의 개인 정보를 볼 권리가 있습니다. 개인 정보를 보려면, 다음 주소로 연락하십시오: DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

* 이 통지문은 캘리포니아 민법 제 1798.17항, 1977년의 정보 관례법(Information Practices Act)에 의해 요구됩니다.